

(表 面)

健康保険 被保険者証記号	(被保険者)	令和 年 月 日交付
	番号	(枝番)
	氏名	
	性別	
	生 年 月 日	年 月 日
	資格取得年月日	年 月 日
保険者所在地		
保険者番号・名称		印